

И. А. Павлович, М. М. Бурый
**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТРЫВНОГО ПЕРЕЛОМА
ДИСТАЛЬНОЙ ФАЛАНГИ ПАЛЬЦА (ПЕРЕЛОМА БУША)**

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. П. И. Беспальчук

Кафедра травматологии и ортопедии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В данной статье разобраны случаи обращения пациентов в 6 ГКБ г. Минска с отрывным переломом дистальной фаланги пальца (переломом Буша). Описаны и проанализированы использовавшиеся методы лечения. Проведено сравнение применения

оперативных и консервативных методов лечения.

Ключевые слова: *отрывной перелом, основание, дистальная фаланга.*

Resume. *In this article cases of treatment of patients with detachable fracture of the distal phalanx (Bush fracture) were analyzed on the basis of the City Clinical Hospital #6 of Minsk). We described and analyzed the methods of treatment. Comparison of surgical and conservative methods was conducted.*

Keywords: *detachable fracture, the base, the distal phalanx*

Актуальность. Переломы фаланг пальцев встречаются часто, составляя свыше 5% всех переломов. Перелом Буша, отрыв костного отломка от основания ногтевой фаланги вместе с тыльным апоневрозом, возникает при резком сгибании в дистальном межфаланговом суставе под воздействием внешней силы. Названа данная патология в честь выдающегося русского учёного Ивана Фёдоровича Буша, основателя петербургской хирургической школы, впервые описавшего данный перелом. Актуальность данная тема приобретает в связи с тем, что перелом чаще всего встречается у активной, работоспособной части населения и требует незамедлительного лечения, дабы избежать осложнений, частичной потери функции кисти и ухудшения качества жизни пациентов.

Цель: сравнение способов устранения смещения отломков при переломе Буша, применяемых на базе 6-й городской клинической больницы г. Минска. Определение предрасположенности к данному перелому у различных социальных и возрастных групп.

Задачи:

1 Выявить частоту встречаемости отрывного перелома ногтевой фаланги в различных социальных и возрастных группах.

2 Определить оптимальный метод лечения перелома в зависимости от размера отломка и степени его смещения.

3 Установить эффективность лечения в зависимости от выбранного метода лечения.

Материалы и методы.

В работе представлены случаи обращения в 6-ю ГКБ по поводу переломов Буша за период с 2010 по 2015 годы. Под контролем находились 37 пациентов подвергшихся различным видам лечения перелома. Диагноз был выставлен на основании анамнеза травмы, клиническая картины и результатов рентгенографии в 2х проекциях (боковая обладает наибольшей информативностью). Больные подвергались лечению консервативным и оперативным способами. Цель лечения заключалась в устранении смещения отломка и фиксации его в положении наиболее близком к нормальному.

Показаниями к консервативному методу лечения являлись отсутствие смещения костного отломка и возможность репозиции отломка с помощью консервативных методов. Консервативное лечение заключалось во вправлении

костного отломка с последующей иммобилизацией сроком от 4 до 6 недель. В целях иммобилизации рассматривалось использование алюминиевой шины с поролоновой прокладкой, пластиковой шины Stack, шины из термопластика, гипсовой повязки.

Показанием к оперативному лечению перелома Буша служило наличие смещения отломка, не поддающийся репозиции и фиксации с помощью консервативных методов лечения. Среди оперативных методов лечения использовались металлоостеосинтез микровинтом, трансартикулярная фиксация пальцев с помощью спицы Киршнера, фиксация блокирующей разгибание спицей.

При фиксации блокирующей разгибание спицей осуществлялось максимальное сгибание концевой фаланги травмированного пальца. Затем под углом 45° в среднюю фалангу проводилась блокирующая спица. После этого дистальная фаланга разгибалась и фиксировалась к средней фаланге второй спицей через сустав.

Незначительный размер свободного фрагмента ногтевой фаланги целесообразно удалить с последующей реинсерцией тыльного апоневроза по причине плохой приживаемости.

Результаты и их обсуждение.

Среди выявленных нами пациентов 3 человека были в возрасте от 15 до 20 лет, 24 человека – от 21 до 40 лет, 8 человек – от 41 до 60 лет и 2 старше 60 лет. В первые сутки после травмы обратилось 3 человека, на 2-4 сутки - 21 человек, на 5-28 сутки – 8 человек, на 29-60 сутки – 5 человек.

Для оценки качества результатов лечения использовалась система G.P. Crawford [1984]: отлично – полное сгибание и полное разгибание, отсутствие болей; хорошо – дефицит разгибания $0-10^\circ$, полное сгибание, отсутствие болей;

удовлетворительно – дефицит разгибания $10-25^\circ$, небольшой дефицит сгибания, отсутствие болей; плохо – дефицит разгибания более 25° , постоянные боли.

Согласно данной шкале и проведенных нами исследований было выявлено, что при консервативном методе лечения отличный результат был достигнут в 6 случаях, хороший – 12 случаях, удовлетворительный – 5 случаях. Эффективность использования различных видов шин часто не влияет на результат. В то же время выявляются существенные различия в комфорте и гигиенических особенностях различных фиксаторов.

При оперативных методах лечения отличный результат был достигнут в 2 случаях, хороший – 10 случаях, плохой – 2 случаях. Несмотря на то, что в группе пациентов с консервативным методом результат несколько лучше, достоверных различий в исходах лечения не получено. И консервативный, и оперативный методы лечения оказались одинаково эффективными. Однако консервативный является более простым, доступным и безопасным, а использование оперативных методов лечения сопровождается риском развития воспалительных осложнений.

Выводы:

1. Наличие внутрисуставного перелома ногтевой фаланги со смещением отломков является показанием к оперативному лечению.
2. При незначительном размере свободного фрагмента ногтевой фаланги целесообразно его удаление с последующей реинсерцией тыльного апоневроза.
3. Репозиция отломков ногтевой фаланги с последующей фиксацией рекомендована при значительных размерах отломка (более 1/3 суставной поверхности) костного фрагмента.

I. D. Paulovich, M. M. Bury

MODERN TREATMENT METHODS OF DETACHABLE FRACTURES OF THE DISTAL PHALANX (BUSH FRACTURES)

*Tutor Associate professor P. I. Bessalchuk
Department of Traumatology and Orthopedics
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Беспальчук П. И. Лечение молоткообразной деформации пальца при переломе дистальной фаланги / П.И. Беспальчук // Мед. новости. – 1997а. – № 8. – С. 52–53.
2. Abouna J.M. The treatment of mallet finger, the results in series of 148 consecutive cases and review of the literature / J.M. Abouna, H. Brown // Br. J. Surg. – 1968. – Vol. 55. – P. 653–667.
3. Braga-Silva J. Anatomic Basis of Dorsal Finger Skin Cover / J. Braga-Silva // Techn. Hand Upper Extrem. Surg. – 2005. – Vol. 9, N 3. – P. 134–141.
4. Brockman R. Small Joint Arthrodesis / R. Brockman, A.J. Weiland // Operative Hand Surgery ; ed. D.P. Green. – Churchill Livingstone, 1993. – P. 99–112.